

# 予 診 票

令和 年 月 日

よりよい治療をお受けいただくために、現在のお子さんの健康状態や日常生活をおたずねします。できるだけ正確にお答え下さい。ご記入いただいた内容の秘密は厳守いたします。

おなまえ お名前	男 ・ 女		
生年月日	平成・令和	年 月 日	生まれ（ 歳 カ月）
ご住所	〒 TEL：（ ）		

お子さんの健康状態をお答え下さい。

既往症	体質
<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 その他（ ）	<input type="checkbox"/> アレルギー（薬・食べ物・その他： ） <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 内臓疾患（心臓・腎臓・肝臓） 注意して欲しい全身状態 （ ）

お子さんは現在次のいずれかに通っていますか？	はい（幼稚園・保育園・小学校）・いいえ
間食をされますか？	はい・いいえ
間食では何をよく食べますか？	
1日何回歯磨きをしますか？	1回・朝夕2回・食後3回・それ以上
現在通院していますか？	はい（病名 ）・いいえ
現在服用している薬がありますか？	はい（薬品名 ）・いいえ
過去に歯科治療を受けたことがありますか？	はい（ 歳頃）・いいえ
過去に歯科麻酔をうったことがありますか？	はい・いいえ
お子さんの治療の様子は？	<input type="checkbox"/> 嫌がらなかった <input type="checkbox"/> 嫌がったが治療はできた <input type="checkbox"/> 治療できなかった
本日来院された理由は	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 歯がぐらつく <input type="checkbox"/> 歯並びが悪い <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他お子さんの事で知っておいて欲しい事や、私たちに希望する事があればお書きください。	

ご 協 力 あ り が と う ご ざ い ま し た 。



江夏歯科医院